

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 106

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
KÉRATOSE SPINULOSIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 juillet 1939

PAR

Jacques-Gaston BERTRAND

Interne de l'Hôpital civil français de Tunis

Diplômé de médecine coloniale

Diplômé d'Etudes supérieures médicales d'éducation physique

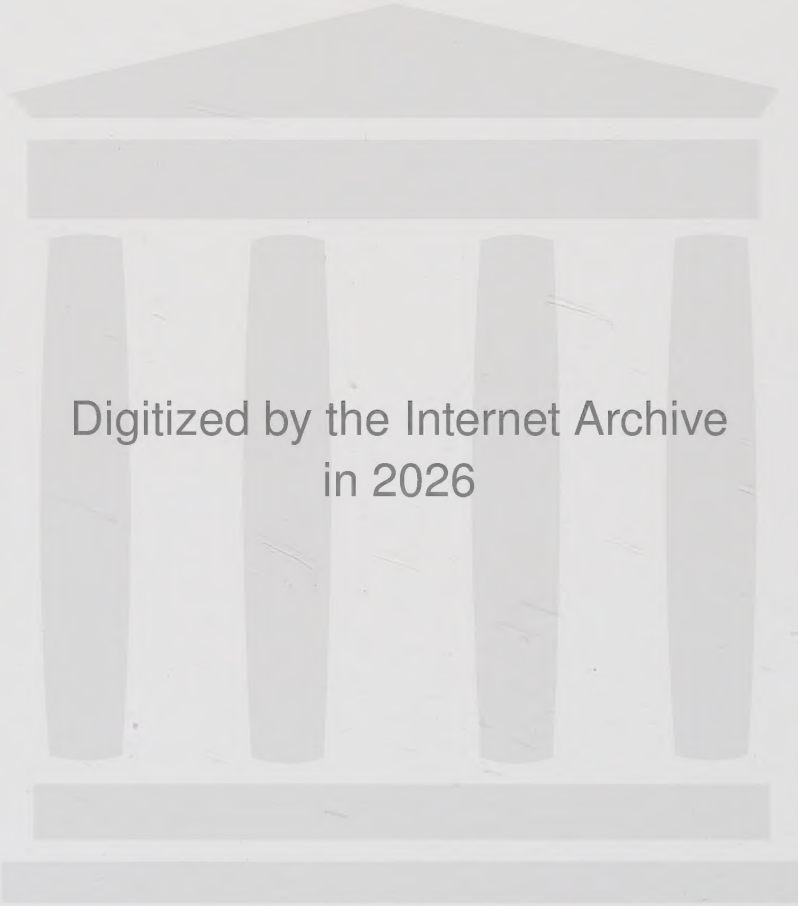
Né à Mézin (Lot-et-Garonne), le 24 avril 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. MANDOUL, professeur	} <i>Président.</i>	
		PETGES, professeur		} <i>Juges</i>
		R. SIGALAS, professeur		
		JOULIA, agrégé		

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue

1939



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1938-1939

N° 106

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
KÉRATOSE SPINULOSIQUE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 5 juillet 1939

PAR

Jacques-Gaston BERTRAND

Interne de l'Hôpital civil français de Tunis

Diplômé de médecine coloniale

Diplômé d'Etudes supérieures médicales d'éducation physique

Né à MÉZIN (Lot-et-Garonne), le 24 avril 1914

Examineurs de la Thèse	{	MM. MANDOUL, professeur	<i>Président,</i>
		PETGES, professeur	<i>Juges</i>
		R. SIGALAS, professeur	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE

18, Rue du Peugue

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen	M. MAURIAC.
Assesseur	M. LABAT.
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale	(MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ...	DAMADE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie.....	VITTE.		
Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.		
Médecine expérimentale ..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.		
Physiologie	FABRE.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	DUFOUR.	{	CHARRIER.
Physiologie	N.		LOUBAT.
			MASSE.
			DARGET.
		N.	RIVIERE.
Médecine générale.....	{	Obstétrique.....	BEAUVIEUX.
	PIECHAUD.	Ophtalmologie	DESPONS.
	DELMAS-MARSALET.	Oto-Rhino-Laryngologie..	
	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
	FONTAN.	Physique médicale.....	N.
	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	N.
	DERVILLEE.		
	N.		

R. UNIV.
BIBLIOTHEQUE



COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Physique médicale et pharmaceutique	AURIAC.
Accouchements	RIVIERE.	Anatomie	J.BEAUVIEUX
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture.....	FAUGERE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie..	R. SIGALAS	Pharmacie galénique ...	MESNARD.
Médecine légale	DERVILLEE	Bactériologie.....	MOUREAU.
Urologie	DARGET.	Physiologie	PETITEAU.
Législat. pharmaceutique.	POPLAWSKI.		
Ophtalmologie	CABANNES (en congé).		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MES SCEURS

A MES AMIS CLAUDE BUTEAU ET ROBERT COURET

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX QUI, AU COURS DE NOS ÉTUDES PRIMAIRES,
SECONDAIRES OU SUPÉRIEURES, NOUS PRODIGUÈRENT
LEUR ENSEIGNEMENT ET LEURS PRÉCIEUX CONSEILS.

A MES MAÎTRES
DE L'HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS :

MONSIEUR LE DOCTEUR CHATELLIER

MONSIEUR LE DOCTEUR GERARD

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMARCHE

*Pour l'accueil qu'ils nous
réservèrent dans leur service.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOULIA

OFFICIER D'ACADÉMIE

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SIGALAS

CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE DE ZOOLOGIE
ET PARASITOLOGIE
CHEF DES TRAVAUX DE ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE
DIRECTEUR DU LABORATOIRE MARITIME
DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES DE PARIS
DIRECTEUR DE LA STATION BIOLOGIQUE D'ARCACHON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En remerciement de l'enseignement fécond que nous avons reçu dans son laboratoire.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
VICE-PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES DERMATOLOGISTES
ET SYPHILIGRAPHERS DE LANGUE FRANÇAISE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS CHATELLIER

MÉDECIN DERMATO-VÉNÉRÉOLOGISTE DES HOPITAUX DE TOULOUSE
ANCIEN CHARGÉ DE COURS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE TOULOUSE
DIRECTEUR DU CENTRE DE PROPHYLAXIE ANTOINE-CASSAR
A TUNIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous inspira le sujet
de notre travail, nous guida
et nous aida dans sa rédaction.
Son précieux enseignement,
sa bienveillance, sa sympathie
ne nous firent jamais défaut.*

*Nous tenons à l'assurer de
notre profonde admiration et
de notre vive gratitude.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. MANDOUL

PROFESSEUR DE ZOOLOGIE ET PARASITOLOGIE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

COMMANDEUR DE NICHAM IFTIKHAR

*Qui nous a fait le très
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

*Avec sa bienveillance cou-
tumière, il nous ouvrit toutes
grandes les portes de ses
laboratoires, où, sous sa haute
direction, nous pûmes nous
initier à la parasitologie.*

*Qu'il veuille bien trouver
ici le témoignage de notre
respectueuse reconnaissance.*

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer en quelques mois, plusieurs cas de Kératose spinulose, survenant chez des enfants. Les caractères cliniques et évolutifs de cette affection se présentaient chez tous les malades avec une similitude telle que nous avons eu l'impression d'une véritable entité clinique, peut-être saisonnière, qui méritait une étude plus attentive.

Elle fait l'objet de notre thèse, où nous avons voulu réunir et discuter sommairement les travaux suscités déjà par cette curieuse dermatose.

Nous nous excusons, à l'avance, des défauts qu'on pourra trouver dans notre étude bibliographique; ils sont dus aux difficultés de l'information complète en telle matière, et, dans une mesure appréciable, aux circonstances qui ont singulièrement entravé notre effort.

Au terme de ce travail, mené à bien grâce à la constante sollicitude et aux conseils de notre Maître, le Docteur Châtellier, nous saisissons avec joie l'occasion de lui exprimer notre profonde reconnaissance et notre respectueux dévouement.

DEFINITION

La Kératose spinulosique est une dermatose essentiellement caractérisée par les trois termes suivants :

a) étiologiquement, son apparition dans la deuxième enfance, surtout chez les garçons;

b) cliniquement, par une papule de l'orifice pilo-sébacé, papule surmontée d'une fine épine cornée et par la disposition en placards de ces éléments dans certains territoires cutanés;

c) histologiquement, par une hyperkératose du follicule pileux, obstrué ainsi d'un bouchon corné, et dans la profondeur par un infiltrat inflammatoire.

Ces caractères confèrent une certaine autonomie à la kératose spinulosique.

Dans ce travail, nous nous efforcerons de la différencier du « spinulosisme » de Darier et des manifestations analogues qu'on rencontre au cours de maladies diverses.

Il semble bien, en effet, que cette dermatose, malgré son étiologie imprécise, ait droit à une individualité clinique, en attendant son autonomie étiopathogénique.

HISTORIQUE

L'étude de la Kératose spinulosique est passée par trois périodes successives.

Dans une première période, les auteurs se contentent de donner une description clinique des lésions, dont ils précisent peu à peu le diagnostic différentiel.

En 1883, Crocker et Fox présentent, à la Société de Dermatologie de Londres, deux cas d'une dermatose qu'ils nomment lichen pilaris seu spinulosus de Devergie. On n'a pu savoir, d'ailleurs, la raison de cette dénomination, Devergie n'ayant jamais publié de semblable description.

D'autres cas identiques sont bientôt décrits, toujours en Angleterre, par Fox, Crocker, Legg, Payne, Morris, Perry, West.

Tandis que certains auteurs considèrent le lichen pilaris seu spinulosus comme la complication d'une lésion folliculaire préexistante, la plupart en font une entité morbide indépendante, en particulier Crocker lui-même, qui en donne une description complète en 1886, dans son *Traité des maladies de la peau*.

Grâce à des notes communiquées par Fox, en 1895, dans un travail d'ensemble, Adamson étudie tous les cas présentés depuis 1883.

De nouveaux cas sont publiés, toujours sous le terme de lichen pilaris seu spinulosus :

En 1895, dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie de Londres*.

En 1895, également, deux observations de Fox, qui précise alors le diagnostic différentiel avec la Kératose pilaire, l'ichtyose, le lichen scrofulosorum.

Enfin, jusqu'en 1902, six autres cas, dont un en Australie.

Jusqu'ici, on le voit, si l'on excepte le cas publié par Bennet dans la *Gazette médicale d'Australie*, l'affection semble n'avoir été bien étudiée qu'en Angleterre.

En Allemagne, Unna et Halberstaüdter se sont contentés de signaler les différences qu'elle présente avec la Kératose supra-folliculaire de l'école allemande.

En France, on ignore pratiquement le lichen pilaris seu spinulosus. Brocq, dans la *Pratique Dermatologique*, le signale simplement par quelques lignes. Des dermatologistes français, Cazenave, Hardy, Vidal, Leloir, Guibaut, ont décrit l'acné cornée. Adamson rattache la plupart des cas français à son lichen pilaris seu spinulosus. Cependant, des cas typiques de cette dermatose ont été publiés, tels, par exemple, le cas d'Hallopeau (acné cornée en aires 1895), de Beaudoin et du Castel (Kératose folliculaire-villeuse 1901); de Barbe (Kératose folliculaire 1901).

Dans une deuxième période, à l'étude clinique plus précise, s'ajoute une étude anatomo-pathologique.

En 1904, en effet, Audry, sous le nom de Kératose pilaire engainante, décrit une dermatose que l'on doit identifier au lichen pilaris seu spinulosus des Anglais. L'auteur donne une étude anatomo-clinique très complète de cette affection.

L'année suivante, paraît un important travail d'Adamson qui reprend son étude de 1895, cite les cas publiés depuis cette date, présente enfin une observation personnelle et peut ainsi préciser la clinique, l'histologie et le diagnostic différentiel du lichen pilaris seu spinulosus.

La maladie de Crocker a donc une individualité clinique et histologique bien nette. Mais, nous l'avons vu, elle a été décrite et est encore désignée sous de nombreuses dénominations : lichen pilaris seu spinulosus (Crocker et Adam-

son), keratosis follicularis spinulosa (Unna), acné kératique ou acné en aires (Hallopeau), kératose folliculaire vil-leuse (Baudoin et du Castel), kératose folliculaire (Barbe), kératose pileaire engainante (Audry).

Salinier, élève d'Audry, a le mérite, en 1906, de proposer le terme de keratosis spinulosa, terme concis, indiquant parfaitement le trouble histologique et le caractère clinique principal de cette dermatose.

Nous arrivons ainsi à la troisième période. Malgré les confusions, les difficultés et les insuffisances de l'étude clinique, on voit les auteurs s'attacher plus particulièrement à préciser l'étiologie de cette Kératose spinulosique.

Pour les uns, comme Darier, le spinulosisme (y compris la Kératose spinulosique) est un symptôme banal, que les affections les plus diverses peuvent provoquer (syphilis, tuberculose, inflammation microbienne ou mycosique).

Pour d'autres, la Kératose spinulosique, en raison de son allure clinique singulière, pourrait relever d'une étiologie propre, une fois éliminée les formes purement symptomatiques de maladies déjà individualisées. Nous verrons que les résultats de ces travaux sont loin d'être concluants.

En 1907, dans le *Giornale delle malattie veneree e della pelle*, paraît une étude fort intéressante de Piccardi, qui apporte deux observations personnelles et fait une mise au point de la question.

Ce travail semble mettre en branle l'école italienne, car, à partir de 1907, les observations de Kératose spinulosique paraissent surtout en Italie.

Jusqu'en 1913, trois cas sont signalés, par Botelli (1910 et 1912) et Coppolino (1913) ¹.

1. Beck, en 1912, et Vignoli-Lutati, en 1913, ont bien rapporté des cas de kératose spinulosique, mais nous refusons à les reconnaître comme tels. En effet, si cliniquement, ils doivent être étiquetés kératose spinulosique, encore que dans l'observation de Beck on trouve, outre les éléments spinulosiques, des placards atrophiques péri-folliculaires, l'examen histologique tranche sans appel le diagnostic. Dans les deux cas, non seulement on trouve une formation cornée du niveau des follicules pilo-sébacés, mais aussi à l'orifice des glandes sudoripares et dans des

Sous le nom de Kératose folliculaire contagieuse et épidémique, en 1922, Peyri-Rocamora rapporte 14 cas observés dans un asile d'enfants, à Barcelone. Cette affection s'identifie d'une façon étroite, cliniquement et histologiquement, avec la Kératose spinulosique.

Les publications vont alors reprendre à un rythme accéléré.

Freund présente un travail sur la Kératose spinulosique, mais l'observation qui l'illustre ne répond, ni par ses caractères cliniques, ni par son aspect histologique, à cette dermatose².

Cependant, Barber, Buquicchio, Lévi, Mazzanti, Cavallucci, Ferrari, Pisacane, enfin, plus près de nous, Jona Cottini, Perpignano et Comel³, sans apporter, d'ailleurs, aucune notion nouvelle sur la clinique ou l'histologie, publient des cas typiques de Kératose spinulosique, dont ils tentent d'élucider la pathogénie.

Malgré tous ces travaux, celle-ci reste encore fort obscure.

« sinuosités » de la surface épidermique. A notre avis, les kératoses spinulosiques de Vignoli-Lutati et de Beck, étaient des cas de kératose folliculaire contagieuse de Brooke, car, si l'on se rapporte à la description histologique donnée par Urma, on retrouve « une hyperkératose localisée, non seulement aux follicules, mais aussi à l'orifice des glandes sudoripares ».

2. L'auteur décrit une affection qui a débuté par l'apparition de squames sur le cuir chevelu, avec chute importante de cheveux, et bientôt formation de véritables croûtelles. Secondairement, ont apparu, au niveau du cou, des éléments papuleux, à siège folliculaire, de dimension variable, la plupart présentant une épine terminale. De plus, on note sur le tronc et la plante des pieds des squames épaisses « verrucoïdes » des éléments spinulosiques sur la première phalange des doigts et des altérations unguéales importantes.

Si l'examen histologique montre une hyperkératose folliculaire avec formation de masse cornée, nous rencontrons des caractères fort importants qui n'existent jamais dans la kératose spinulosique : a) l'occlusion des orifices pilo-sébacés par des formations parakératosiques qui constituent, sur l'orifice, une espèce de pont; b) la conservation des fibres élastiques, atrophiées et si fortement disloquées, fragmentées, dans la kératose spinulosique; c) enfin, un aspect spécial aux squames.

3. Capelli, en juin 1938, décrit une tuberculide du cuir chevelu, à type de folliculite spinulosique décalante et associée à une « kératose folliculaire spinulosique diffuse ». Nous ne pensons pas que ce cas appartienne au cadre de la kératose spinulosique, mais nous avons tenu à le signaler, l'auteur faisant état des observations de Barber, Bertaccini, Freund, Piccardi.

OBSERVATIONS

Au centre Antoine Cassar, à Tunis, centre de dermatologie et de lutte antivénérienne, placé sous la haute direction du Dr Chatellier, nous avons observé six cas de Kératose spinulosique. Trois de nos malades s'étant présentés à la consultation le même jour, et tous les six dans le même mois, la littérature médicale ne relatant que peu d'articles sur cette question, il nous a paru intéressant de publier nos observations, du fait de leur caractère épidémique et de la rareté relative de la Kératose spinulosique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° I.

Ouassila ben C..., 5 ans, amenée à la consultation de dermatologie, présente, sur diverses parties du corps, une éruption constituée par de petites papules siégeant au niveau des orifices pileux, de la grosseur d'une tête d'épingle, en forme de cône. Le sommet de la plupart de ces papules est prolongé par une mince épine, cornée et résistante. La coloration des éléments est blanc bleuâtre; ils se groupent pour former des placards plus ou moins étendus, ovalaires, donnant au toucher la sensation de râpe.

Les lésions auraient débuté il y a six mois, en juillet 1938, brusquement, sur des parties du revêtement cutané hyperhé-

miées depuis quelques jours. D'emblée, les éléments se sont localisés sur les régions où nous les observons.

Au membre supérieur droit, les papules spinulosiques forment quelques placards ovalaires, de la dimension d'une pièce de 20 francs, au niveau de la face postérieure du deltoïde et de la face postéro-externe du bras. Sur la face postérieure du coude, un vaste placard, en forme de poire, dont la partie amincie débordé sur la face externe. A noter qu'à ce niveau les éléments ne sont plus aussi caractéristiques; ils n'ont pas d'épine cornée, s'aplatissent, deviennent lichéniformes.

Le membre supérieur gauche présente les mêmes localisations deltoïdienne et brachiale, mais aucun élément sur le coude. Les placards, d'ailleurs, sont moins étendus.

On remarque, sur la face postéro-externe du mollet gauche, un placard circulaire de la dimension d'une pièce de 20 francs.

Il faut noter, en outre, un placard piriforme, de la dimension d'une paume de main d'enfant, situé dans la région occipitale. Les éléments de ce placard n'ont pas l'aspect classique : seules, existent les papules rugueuses au toucher, mais non surmontées d'épines. Une légère desquamation furfuracée se produit à ce niveau. Les cheveux ne présentent rien d'anormal. L'examen mycologique des squames et des cheveux a été pratiqué par deux fois et s'est révélé négatif.

Enfin, le dos, le thorax et les flancs montrent des lésions de grattage dues à la pédiculose.

Dans les antécédents, pas plus héréditaires et collatéraux que personnels, rien ne mérite d'être noté.

L'enfant est normalement développée. L'examen de l'appareil respiratoire est négatif. Au point de vue digestif, la langue et la gorge sont normales, de même que le transit intestinal. Cependant, l'abdomen paraît gros et tendu; la palpation de l'hypochondre gauche est douloureuse et la rate nettement palpable. Mais pas de matité, pas d'ascite. Par ailleurs, rien

à signaler, si ce n'est une polymicroadénopathie, surtout cervicale et inguinale.

Nous n'avons pu compléter notre observation par des examens de laboratoire, la malade n'étant pas revenue à la consultation.

OBSERVATION N° II.

Antoine R..., 13 ans, maltais. La dermatose qu'il présente aurait apparu en octobre 1937; en juin 1938, elle se serait atténuée pour disparaître complètement durant les mois d'été, et se reproduire en octobre, quelques semaines avant notre examen.

Celui-ci montre de petits éléments papuleux, situés au niveau des follicules pilo-sébacés et surmontés d'un filament corné, en forme d'épine, long d'environ 0 mm. 5. Les éléments, blanchâtres ou grisâtres, plus ou moins serrés, forment des placards de dimension et de forme variable, ou recouvrent d'une façon homogène tout un segment de membre.

Les localisations sont les suivantes :

Au niveau de la face postérieure du cou, à droite et à gauche du sillon médian qui répond aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales, un placard circulaire, de la dimension d'une pièce de 20 francs, le placard gauche, moins régulier, s'étendant, d'ailleurs, par un prolongement aminci, sur la région latéro-cervicale.

Au membre supérieur droit, un petit placard de quelques éléments sur la face antérieure du deltoïde, un placard plus étendu sur la face postérieure du même muscle; enfin, des éléments répartis sans ordre recouvrent la face postérieure du bras.

Au membre supérieur gauche, mêmes localisations, excepté le placard sur la face antérieure du deltoïde.

Les faces externes de la cuisse, du genou et du mollet droits sont recouvertes, sans interruption, d'éléments spinulosiques. A la face postérieure du membre, on observe, au contraire, une nette disposition en placards : placards ovalaires, de la dimension d'une pièce de 5 francs, situés à la partie inférieure de la cuisse, à l'extrémité interne du creux poplité et sur le mollet.

Au membre inférieur gauche, l'éruption siège sur les faces antéro-externe du genou et de la jambe, où elle descend jusqu'au 1/3 inférieur. Les éléments débordent, en arrière, sur la moitié externe de la face postérieure du 1/3 inférieur de la cuisse, et au niveau du creux poplité, dont ils atteignent l'extrémité externe.

Enfin, notons encore, sur les parties latérales du thorax, une éruption très discrète d'éléments non caractéristiques, simples papules de kératose pileaire.

Voici les antécédents de ce malade. La mère est vivante, bien portante, n'a pas eu de fausse couche; le père n'accuse aucune maladie, mais s'enrhumerait fréquemment l'hiver. Les frères et sœurs, au nombre de trois, se portent bien; un frère est mort de typhoïde à l'âge de six ans. Quant à notre malade, on relève une rougeole dans son enfance; son état de santé est excellent, mais, sans avoir vraiment des bronchites à répétition, il « s'enrhumerait », comme son père, avec une grande facilité.

L'examen des divers organes est négatif. Cet enfant paraît cependant un peu amaigri; son développement physique est retardé. On note aussi une érythrocyanose des extrémités.

Les examens complémentaires apportent les résultats suivants :

Cuti-réaction à la tuberculine : négative.

Radiographie : poumons clairs, surcharge hilare bilatérale.

Formule sanguine :

Globules rouges.....	3.813.000
Globules blancs	11.625
Polyneutro	52
Polyéosino	11
Grand mono	1
Moyen mono	30
Lympho	6

Urée sanguine 0 gr. 40

B.W. et Kalm..... négatifs

OBSERVATION N° III.

Sauveur A..., israélite, présente une éruption constituée par des papulo-spicules, c'est-à-dire l'association d'une petite papule cônique, blanchâtre, recouvrant l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, et d'un filament corné brunâtre, qui la surmonte. Les éléments sont assez irrégulièrement répartis et se localisent :

— à la région cervicale, en placards de la dimension d'une pièce de 5 francs, symétriquement placés de chaque côté de la ligne médiane, sur les faces postéro-latérales du cou; le placard du côté gauche présente un prolongement étroit vers la face externe;

— aux membres supérieurs, où, très rapprochés les uns des autres, ils occupent la face postéro-externe du bras, la face postérieure du coude — quelques éléments débordant du côté interne mais surtout externe, sur la face antérieure, au pli du coude — la face postérieure de l'avant-bras;

— au membre inférieur droit, sur la face postéro-externe de la cuisse, avec quelques rares éléments sur la face antérieure, la face externe de la jambe, les faces latérales du genou, enfin, en petits placards mal circonscrits, sur la fesse;

— au membre inférieur gauche, enfin, d'une façon identi-

que avec, cependant, quelques éléments au niveau du creux poplité et sur la face postérieure du mollet.

L'enfant est revu trois mois plus tard; l'éruption a rétro-cédé :

- a) certains éléments ne sont plus spinulosiques;
- b) quelques-uns sont aplatis, avec bouchon corné;
- c) d'autres encore sont réduits à une infime papule à peine visible, s'entourant déjà d'un large halo clair;
- d) enfin, beaucoup ont disparu, laissant simplement un halo dépigmenté.

Dans les antécédents de ce malade, rien d'intéressant à noter.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve une légère submatité du côté gauche, mais rien par ailleurs. Pour l'appareil digestif, signalons un foie douloureux débordant le rebord costal de deux travers de doigts, et une rate, non douloureuse, palpable dans les fortes inspirations.

Examens complémentaires :

Urée sanguine : 0,18 ;
BW et Kalm : négatifs ;
Radiographie : poumons clairs.

Formule sanguine :

Globules rouges	4,557.000
Globules blancs	8.525
Polyneutro	38
Polyéosino	11
Grand mono	1
Moyen mono	27
Lympho	23

OBSERVATION IV

D... Albert, 13 ans et demi, israélite. Chez ce malade, on note dans la région cervicale et au niveau de la face antérieure des membres inférieurs, quelques placards constitués par le groupement de petites papules coniques, de la grosseur d'une tête d'épingle, siégeant à l'orifice pilo-sébacé, la plupart surmontées et prolongées par une épine cornée, droite, d'un 1/2 mm. de longueur. Ces éléments, de couleur blanc-grisâtre, donnent au toucher la sensation de râpe.

Quelles sont les localisations des lésions ? A la région cervicale, plaque arrondie, de 6 cm. de diamètre environ, sur la face postéro-latérale gauche du cou.

Au membre inférieur droit :

Placard arrondi, de la dimension d'une paume de main d'enfant, sur la face antéro-interne de la cuisse ; trois petits placards peu importants sur la face antéro-externe du genou ;

Sur la face antéro-interne de la jambe, vaste placard, débutant à trois travers de doigt au-dessous du genou et descendant jusqu'à la cheville, avec, à sa partie supérieure, un prolongement qui gagne la face externe de la jambe.

Au membre inférieur gauche, au niveau de la cuisse, lésion symétrique à celle du membre droit. Au-dessous du genou, sur la face antéro-externe de la jambe, placard étendu ovalaire.

Les antécédents ne nous apportent aucun renseignement intéressant. L'examen des divers appareils est complètement négatif.

Une biopsie a été pratiquée, mais le malade gardant sans doute un souvenir désagréable de cette petite intervention, nous ne l'avons pas revu, et les examens de laboratoire n'ont pas été complétés.

OBSERVATION V

Dalila Bent H..., 6 ans. L'enfant présente une dermatose localisée aux membres et constituée par des éléments caractéristiques. Au niveau des follicules pilo-sébacés se forme une petite papule conique, de couleur blanc-grisâtre et terminée par une épine pointue, longue d'environ 1/2 mm., blanc grisâtre et plus souvent brunâtre. Ces éléments ne forment pas de placards, mais sont au contraire régulièrement répartis sur de grandes surfaces cutanées qui donnent, au toucher, la sensation de râpe. Il faut noter, en outre, au niveau de la face postérieure des coudes, disséminées entre les éléments spinulosiques, de petites taches achroniques blanchâtres.

Ces éléments se localisent sur la face postérieure des bras et des avant-bras, en recouvrant toute la surface et débordant sur les faces externe et interne, avec même quelques éléments sur la face antérieure, au niveau des extrémités du pli du coude.

Aux membres inférieurs, avec des localisations aussi étroitement symétriques, les faces postérieures externes des cuisses sont, d'une façon homogène, recouvertes par les éléments spinulosiques, dont quelques-uns, peu nombreux et très espacés, affectent la face antérieure.

De plus, on note la présence d'éléments très abondants sur les faces latérales du genou et les faces externes des jambes ; à remarquer qu'à gauche ils recouvrent le creux poplité respecté à droite.

Rien à signaler dans les antécédents. L'examen montre un gros ventre, douloureux à la palpation, avec submatité des fosses iliaques ; l'enfant accuse de la diarrhée. Pour l'appareil respiratoire on note une expiration rauque aux sommets et des signes discrets de bronchite généralisée. Polymicroadénopathie.

Nous n'avons pu nous livrer à aucun examen de laboratoire.

OBSERVATION VI

U... Yvonne, 8 ans, est traitée au centre de lutte anti-vénérienne pour $\approx$ héréditaire. Au moment de la reprise du traitement, la mère amène à la consultation de dermatologie cette enfant chez laquelle est apparue brusquement, il y a 6 mois, une affection cutanée. On voit de petites papules coniques blanc sale, coiffant l'orifice pilo-sabacé. Le sommet de chaque papule est surmonté par un élément corné, dur, en forme d'épine. Ces papulo-spicules se répartissent régulièrement sur une certaine surface, parfois suffisamment restreinte pour donner l'impression d'un placard.

On peut noter :

Un placard en bande à la face postérieure de l'avant-bras gauche.

Un placard triangulaire au niveau du tiers inférieur de la face postérieure du bras droit.

Au membre inférieur droit : quelques éléments sur les faces antéro-externe et interne de la jambe, et un placard de la dimension d'une pièce de 20 francs à l'extrémité externe du creux poplité.

Au membre inférieur gauche : un placard très étendu sur la face postérieure de la cuisse ; des éléments assez régulièrement répartis sur les faces externes de la cuisse, du genou et de la jambe ; un petit placard sur la face interne de la jambe ; enfin, des éléments sur toute l'étendue du creux poplité, plus serrés cependant à son extrémité externe.

Quels sont les antécédents de cette malade ? La mère est traitée pour $\approx$ latente, car si elle a 5 enfants vivants, 4 autres sont morts en bas-âge, et elle a fait deux fausses-couches. Le père est vivant, bien portant.

Un frère de 6 ans est traité pour $\approx$ héréditaire : légère hydrocéphalie, front olympien.

Enfin, la malade elle-même suit un traitement anti-syphilitique pour effondrement des os du nez.

L'examen de l'appareil respiratoire montre une submatité des bases avec râles ronflants et expiration rude au même niveau. Rudesse respiratoire du sommet gauche.

Autres appareils : rien à signaler. A noter cependant une légère adénopathie latéro-cervicale.

Les examens complémentaires sont incomplets :

Urée sanguine : 0,28.

BW et Rohn : 0.

ETUDE CLINIQUE

Les lésions apparaissent brusquement ; d'emblée, elles se trouvent constituées et leurs caractères ou leurs localisations ne varient plus. Rocamora, relatant l'épidémie de Kératose spinulose qu'il observa dans un asile d'enfants, à Barcelone, écrit à ce sujet : « La maladie apparut presque subitement, appelant l'attention du surveillant qui trouve simultanément plusieurs élèves atteints ».

Aucune maladie, aucun symptôme, aucune autre dermatose ne précèdent immédiatement cette éruption. Chez un seul de nos malades, l'interrogatoire de la mère nous apprend que quelques jours « avant d'avoir ces boutons » son enfant avait présenté une rougeur diffuse et légère au niveau des régions devenues ensuite siège des lésions.

Les éléments de cette dermatose sont caractéristiques. Au niveau de l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, on voit une petite papule, grosse en moyenne comme une tête d'épingle, mais parfois plus petite, parfois aussi plus volumineuse, atteignant les dimensions d'un gros grain de mil. De coloration blanc sale ou rose pâle, cette papule a la forme d'un cône tronqué reposant par sa base sur la surface cutanée. Son sommet est surmonté et prolongé par un élément en forme d'épine, très mince, droit ou légèrement incurvé, de longueur variable, $1/2$ à $3/4$ de mm. en moyenne, de coloration blanc jaunâtre. On peut saisir l'extrémité de cette épine entre les mors d'une pince à épiler, et, avec difficulté, la séparer de la papule sur laquelle elle s'implante. Longue d'environ 1 mm. $1/2$, dure, cornée, elle pré-

sente une forme en fuscau, une extrémité restant libre, l'autre extrémité s'enfonçant et disparaissant dans le cratère qu'elle a laissé, après son ablation, au sommet de la papule.

Ces éléments, papule et son épine terminale, sont rarement isolés. Ils se groupent en placards plus ou moins étendus. Ces placards affectent des formes variables : circulaire, elliptique, en poire, en écusson, prenant rarement d'ailleurs l'aspect de dessins systématisés. Dans d'autres cas, plus de disposition en placards; tout un membre, par exemple, est recouvert de ces éléments disposés sans ordre.

Le nombre des éléments est très variable. Tantôt, ils sont distribués parcimonieusement sur la surface malade ; tantôt ils sont serrés les uns contre les autres, donnant à l'œil et au doigt la sensation d'une râpe.

Au toucher, en effet, l'élément isolé est dur, sec ; à la pression, la spicule terminale résiste. Quand ils sont disséminés sur la surface malade, la main éprouve une impression de rudesse ; agminés, ils forment une sorte de brosse ou de râpe, que le toucher reconnaît vite. Cette sensation ne se trouve guère que dans la kératose spinulosique.

A l'examen méthodique des placards, on s'aperçoit que la papule repose sur un tégument de couleur normale. C'est à peine si la teinte de la peau se fait un peu plus grise. Il n'y a aucune rougeur, aucun œdème.

De plus, tous les éléments d'un placard n'atteignent pas les mêmes dimensions. La papule se réduit parfois à une simple élevation orificielle, sans spicule, mais acuminée. Il faut noter que cette absence de spicule ne tient pas à sa chute ou à son arrachement, car, dans ces cas, elle laisse sa trace sous forme d'un minuscule cratère. Ces éléments aspinulosiques représentent une forme incomplète, abortive.

Dans d'autres cas, la papule s'aplatit légèrement, devient polygonale et finement squameuse.

Sur un même placard, on rencontre ces trois formes élémentaires en proportions variables ; papules acuminées ou aplaties sont disséminées parmi les papules spinulosiques.

Il semble bien que sur les surfaces soumises à un frottement ou à une pression, les papules aplaties se multiplient.

Nous avons rencontré, en outre, chez quelques malades, de petites taches moins colorées, sans papules ; elles sont mélangées aux autres éléments. S'agit-il là d'une cicatrice terminale ? C'est probable, si l'on se rapporte à la structure même de l'élément.

Enfin, on ne note aucune modification des phanères cutanés.

L'éruption ne s'accompagne, le plus souvent, d'aucun signe subjectif. Il n'y a pas de prurit, pas de sensibilité tégumentaire. C'est l'aspect et la sensation rugueuse de la peau qui la révèlent au malade ou aux parents.

La Kératose spinulosique n'est jamais généralisée. Elle se localise toujours en certaines régions, qui peuvent être très étendues, comme dans les observations de Rocamora et de Perpignano. Mais l'ensemble du tégument n'est jamais frappé. Le plus souvent l'éruption se cantonne aux membres (face postérieure surtout) et à la nuque. Nous avons vu des placards s'étaler sur le dos et les fesses. A noter que la face dorsale des mains et des pieds sont toujours respectées.

A la nuque, la disposition des placards présente cette singularité que le sillon entre les muscles de la nuque n'est jamais atteint. Cette localisation cervicale, sans être évidemment pathognomonique, nous a paru assez caractéristique. Nous l'avons rencontrée dans 3 cas sur 6; chez un de nos malades, il existait une localisation occipitale (obs. n° 1) qui, si on l'assimilait à une localisation cervicale haute, porterait à 4/6 ce rapport. Rocamora et Perpignano

notent une localisation « au niveau du cou », mais sans attirer particulièrement l'attention sur ce point. Cependant, sur les deux photographies reproduites par chacun de ces auteurs, une représente une localisation cervicale. Il a donc fallu que celle-ci leur paraisse suffisamment démonstrative, peut-être, mais soit aussi, sans doute, très fréquente, pour qu'ils pensent à en illustrer l'observation, l'un de trois, l'autre de quatorze cas.

Si la description que nous venons de donner correspond à la grande majorité des cas, on peut cependant distinguer des formes cliniques liées à l'étendue de l'éruption.

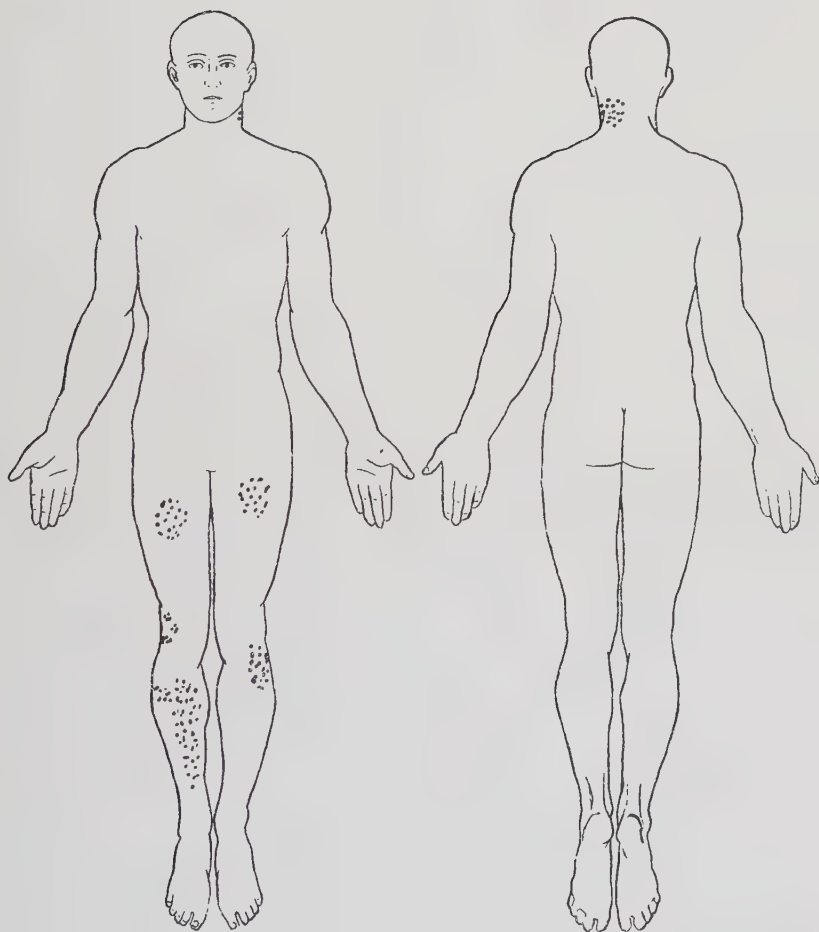
FORMES GÉNÉRALISÉES :

Rocamora et Perpignano parlent d'une forme généralisée. Rocamora écrit : « On voit les régions d'extension tels que les bras, avant-bras, cuisses et jambes recouvertes d'éléments cernés très rapprochés les uns des autres... En plus des zones d'extension, on voit sur tout le corps quelques éléments isolés donnant l'aspect d'une lésion généralisée ».

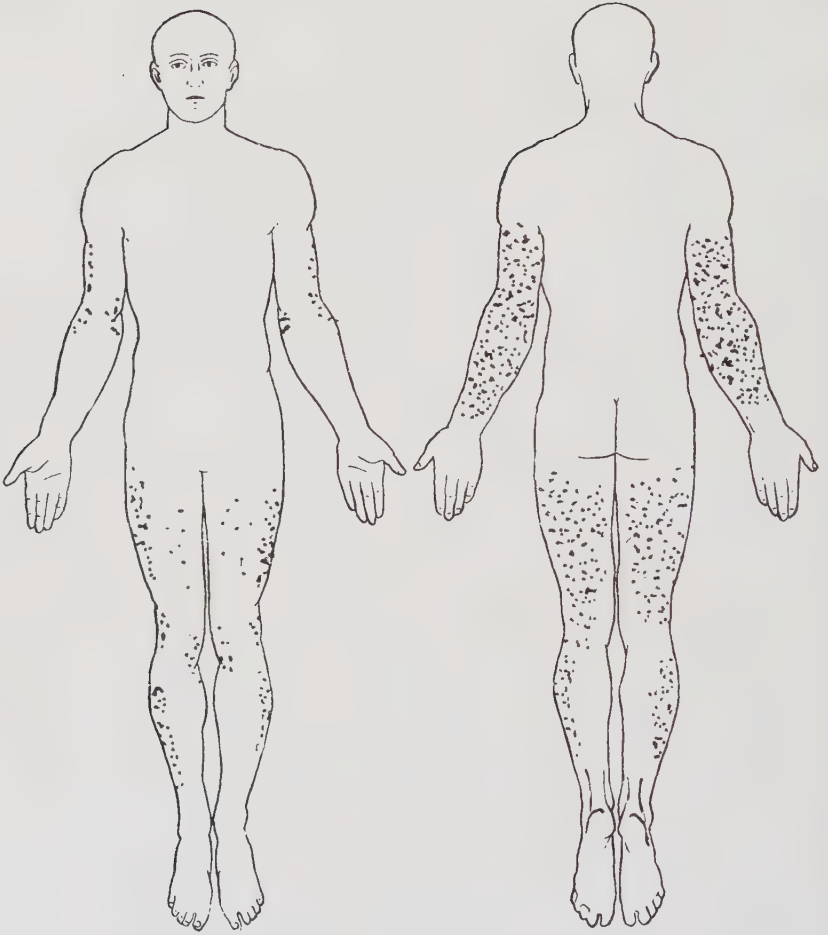
Perpignano, dans son observation II, décrit l'éruption « sur toute la surface cutanée, mais particulièrement au cou, dans le dos, sur les régions latérales du tronc, sur les fesses et la face externe des cuisses ».

Le terme de « généralisée » nous paraît impropre. Il s'accorde mal avec les descriptions mêmes des auteurs, puisqu'une large portion cutanée est respectée. Peut-être vaudrait-il mieux dire : forme étendue, qui s'opposerait aux formes bien localisées.

Dans cette forme, l'éruption ne se limite pas à des placards de circonscription relativement vaste ; mais elle s'étale en éléments épars sur les membres, à leur face postérieure surtout, sans respecter toutefois les faces antérieures. Elle atteint aussi le dos, les faces latérales du tronc.



Forme à petits placards (obs. n° 4)



Forme étendue (obs. n° 5)

FORMES A PETITS PLACARDS :

Inversement, ici, les éléments éruptifs sont peu abondants. Ils se groupent en placards de taille modeste, qui siègent sur les membres, au cou, sur le tronc, les fesses. Mais les territoires atteints sont bien limités et leur surface minime. La disposition en bande n'est pas rare.

Nous devons ajouter, d'ailleurs, que nous n'avons jamais observé le moindre élément sur le thorax, l'abdomen où Rocamora et Perpignano ont pu les noter ; nos schémas sont fort suggestifs et montrent, si l'on excepte la localisation cervicale, des lésions uniquement limitées aux membres.

Enfin, de l'étude des localisations de la kératose spinulosique il résulte que certaines régions du revêtement cutané sont, et d'une façon constante, respectées. En effet, le cuir chevelu, la face, les organes génitaux, les mains et les pieds restent toujours indemnes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique de la Kératose spinulose révèle une singulière identité des lésions. Les descriptions peuvent se superposer exactement ; à peine note-t-on des détails dans l'intensité des modifications épidémiques.

Nous nous bornerons à donner la description des lésions constatées chez nos deux petits malades. Qu'on lise l'article de Perpignano ou celui, plus étendu, de Freund — pour ne citer que ces deux auteurs — on retrouve les mêmes caractères histopathologiques.

EPIDERME. — L'épiderme est le plus souvent épaissi ; l'acanthose se traduit par l'allongement et l'élargissement des bourgeons interpapillaires. La couche malpighienne est épaissie ; il y existe un léger œdème ; parfois quelques éléments migrateurs s'y égarent. La couche granuleuse est partout bien dessinée ; sur l'une de nos biopsies, elle est représentée par une assise à plusieurs couches.

La couche cornée est toujours épaissie. On a décrit une parakératose notable, parcellaire. Nous n'avons constaté que de l'hyperkératose simple. Celle-ci s'étend sur toute la surface de l'élément et les strates cornées sont régulières. Au niveau des orifices folliculaires, la corne, avec ou sans noyaux, s'accumule, formant un véritable bouchon adhérent que le rasoir respecte ou bien une masse qui se déchiquète. Cette hyperkératose est strictement orificielle. C'est à peine si elle pénètre dans les couches plus profondes de l'ostium. A travers cette masse cornée, on perçoit le follet,

comme guindé par des couches de corne. Freund surtout a fait une étude très minutieuse de ce poil engainé (kératose engainante d'Audry). Nous résumons sa description.

Il distingue deux variétés : l'épine en forme de cône et l'épine en forme de calice. Dans la première, l'infundibulum folliculaire est légèrement dilaté en forme de sac profond et large (P. 17). Cet infundibulum est rempli par l'épine qui consiste en lamelles cornées d'aspect variable selon l'incidence de la coupe (anneaux péripilaires, stratifications cornées péripilaires); à travers cette masse cornée, court ou s'insinue un poil aminci, « subtile ».

Dans la seconde, voisine de la précédente, les masses cornées au niveau de la surface épidermique s'étalent en franges, prennent l'aspect de flammes ou de plumage, l'infundibulum « ressemble au calice d'une tulipe », d'où le nom qu'il lui a donné.

Ces deux variétés, purement morphologiques et sans signification réelle, se combinent. Ce qui a permis à Piccardi d'en décrire quatre formes. Nous croyons ces détails sans intérêt. D'ailleurs, l'étude de l'épine examinée séparément montre que l'hyperkératose ou la parakératose peuvent varier d'intensité, s'imbibler d'un léger œdème et réaliser ainsi toute une série de formes parfois élégantes et décoratives (cf. les figures de Freund), mais qui se ramènent toutes à l'accumulation autour du poil des lames cornées de l'infundibulum.

Disons que c'est l'orifice pilo-sébacé qui est atteint. L'abouchement des sudoripares est normal ; à peine note-t-on à l'orifice du conduit une légère hyperkératose, ni plus ni moins accentuée que sur le reste de la surface épidermique.

DERME. — Les lésions sont, là aussi, d'une extrême monomorphie. Elles se traduisent par une infiltration périvasculaire et péripilaire d'intensité variable. Cette infiltration s'élève jusque dans la zone immédiatement sous-jacente à

l'épiderme. Elle peut masquer le contour basilaire, le plus souvent elle est modérée, péricapillaire. Dans les papilles, il y a de l'œdème et une vasodilatation notable. A l'entrée du poil dans l'épiderme l'infiltration se fait plus dense et entoure étroitement l'épithélium.

Si l'on suit vaisseaux et poils, on s'aperçoit que l'infiltration s'intensifie progressivement autour d'eux. Les espaces périvasculaires sont infiltrés d'éléments cellulaires qui constituent un manchon continu jusque dans la profondeur. La lumière vasculaire est nettement visible et sur les vaisseaux ayant paroi propre on voit quelques éléments cellulaires l'envahir, sans la désorganiser. A l'infiltration s'ajoute de l'œdème, qui met en évidence le réticulum conjonctif. Tout le long du poil, même disposition engainante. Au niveau du bulbe pileux ou du follet de remplacement, l'infiltration, parfois très dense, entoure les assises épidermiques du poil, envahit même la papille. Cette infiltration siège dans la gaine conjonctive même du follicule qui est élargi par l'œdème. Les poils ne présentent aucune lésion visible. Les muscles arrecteurs sont tantôt peu lésés, tantôt dissociés, surtout à leur attache sur la gaine conjonctive.

La constitution de l'infiltrat est la même autour des vaisseaux et des follicules. C'est une accumulation d'éléments lymphocytaires, parfois de plasmocytes. Entre les petites cellules rondes bien colorées, on distingue les cellules du tissu réticulé qui sont plus nombreuses que normalement, mais sans anomalies cytologiques appréciables. Dans les vaisseaux de petit calibre, l'endothélium participe à la même hyperplasie. La disposition de l'infiltrat n'a aucun caractère particulier. Les formations giganto-cellulaires y sont exceptionnelles. Dans nos coupes, nous n'avons jamais vu même l'ébauche d'une cellule géante. Il y a peu de dégénérescence cellulaire ou du réseau conjonctivo-élastique. Cependant, sur l'un de nos malades, nous avons constaté une diminution appréciable du réseau élastique papillaire et au niveau des follicules, dans l'infiltrat, la disparition

presque complète des fibrilles et des trousseaux élastiques. Le tissu conjonctif prend une certaine basophilie que traduit la coloration anormale de certains trousseaux par les colorants nucléaires.

L'infiltrat dépasse parfois la limite du derme et se voit bien plus discret, dans les mailles des premiers pelotons du tissu graisseux hypodermique.

Les sudoripares (glomérules et excréteurs) sont presque toujours respectés ou à peine marqués par une légère infiltration.

Les lésions de la kératose spinulosique se résument donc en :

a) Lésions épidermiques orificielles, avec hyperkératose ou parakératose ou les deux à la fois.

b) Lésions dermiques d'infiltrats périvasculaires et péri-folliculaires souvent denses, sans dégénérescence grave.

Ces caractères histologiques correspondent bien à l'évolution clinique si bénigne, sans séquelles. Mais la régularité avec laquelle on les retrouve fait qu'on pense, malgré tout, à une lésion particulière.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF.

La Kératose spinulosique telle que nous avons essayé d'en tracer l'image, présente donc des caractères cliniques qui en permettent aisément le diagnostic.

Nous rappelons qu'il s'agit d'une éruption de petites papules acuminées, surmontées pour la plupart d'une spicule cornée de coloration normale ou à peine plus grisâtre que la peau environnante. L'éruption, en général, se distribue en touffes, placards, bandes ou éléments disséminés qui siègent de préférence sur la face postéro-latérale des membres, sur la nuque, l'abdomen et parfois le dos ; elle est presque toujours discrète ; elle ne s'accompagne d'aucun symptôme local ou général. C'est par la sensation râpeuse que le malade ou son entourage la découvre, déjà bien constituée.

Son évolution, silencieuse, se fait lentement : en quelques semaines ou quelques mois, les éléments s'aplatissent, perdent leurs spicules, puis disparaissent sans laisser de traces.

La Kératose spinulosique peut récidiver. Elle est indifférente aux topiques locaux. Sa bénignité n'incite guère aux traitements violents ou aux médications compliquées.

Anatomiquement, il existe, en gros, de l'hyperkératose ou de la parakératose, surtout folliculaire, toujours modérée ; de l'infiltration périfolliculaire ou même péri-sudorale, avec légère inflammation des espaces péri-capillaires ou

périveineux. Cette inflammation ne revêt jamais un type histologique bien caractérisé. Quand elle est dense, ce qui arrive parfois, elle ressemble à l'infiltrat qu'on rencontre dans certaines tuberculides. Dans nos coupes, nous n'avons jamais vu de cellules géantes ; les observations de Perpignano et de Freund laisseraient croire à une lésion plus spécifique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Aussi, n'a-t-on, le plus souvent, aucune difficulté à la séparer des lésions voisines, où la maladie du follicule n'est qu'une localisation d'une affection générale.

Ainsi les syphilides péripilaires avec spinulosime. Nous en avons observé un très bel exemple, chez un malade porteur de syphilides généralisées de la face, des membres, et du tronc : quelques éléments groupés sur l'épaule portaient une fine spicule. Un regard, en général, suffit à reconnaître la syphilis ; quand il y a quelque difficulté, un examen attentif du malade la supprime immédiatement.

Même observation pour les tuberculides lichénoïdes. Le lichen scrofulosorum a des caractères trop connus, une évolution et des séquelles trop précises.

Disons que là aussi, on peut rencontrer un spinulosisme tout à fait secondaire et épisodique.

Pour le lichen plan acuminatus, nous nous bornerons à citer ces quelques lignes de Darier : « Dans certains cas de lichen plan à évolution aiguë ou subaiguë, on peut rencontrer, à côté d'éléments typiques, quelques papules acuminées. En dehors des cas où cette déformation est partielle et éventuelle, existe-t-il un véritable lichen acuminatus ?.. Il a été reconnu que la majorité des cas de lichen ruber acuminatus de Kaposi rentraient, en réalité, dans notre pityriasis rubra pilaire » (page 103).

Le lichen tricophytique, rare, n'est qu'une réaction folli-

culaire au cours d'une tricophytie du cuir chevelu et de la peau glabre, kérion le plus souvent. Certains éléments, dit Darier, rappellent beaucoup le lichen scrofulosorum et souvent le lichen spinulosus. L'existence du foyer mycosique suffit à éclairer la vraie nature de cette éruption. En Tunisie, où teignes et favus pullulent, nous n'en avons jamais observé.

Ainsi éliminées les folliculoses susceptibles de revêtir parfois l'allure d'une kératose spinulosique, il nous reste à séparer de cette dernière les maladies du follicule qui risquent encore de se confondre avec elle.

KÉRATOSE PILAIRE.

Cliniquement, cette dermatose se caractérise par de petites saillies de la dimension d'une tête d'épingle, développées autour des follicules pileux. Le sommet de cette papule est, soit arrondi, soit acuminé, et porte parfois une squamule sèche et dure ou une élevure cornée. Ces éléments sont, ou rosés (kératose pileaire rouge), ou blancs (kératose pileaire blanche), mais dans chaque variété, toutes les tonalités peuvent se rencontrer, rose, rouge vif, rouge bistre, rouge violacé ou blanc mat, grisâtre et jusqu'à brun noirâtre. Ces papules donnent, au toucher, la sensation de râpe.

L'éruption frappe surtout la face externe et postérieure du bras, de l'avant-bras, du mollet. Elle peut se rencontrer sur la cuisse et même l'abdomen.

Le poil est atrophié ou enroulé dans le follicule, ou cassé au ras de l'orifice.

L'éruption, qui ne s'accompagne pas de symptômes subjectifs, débute dans la grande enfance, évolue avec une désespérante lenteur, pour aboutir à une atrophie du follicule. A la face (sourcils et même cuir chevelu) elle constitue l'ulérythème ophryogène de Unna.

Cet aspect est donc bien différent, quand il est complet, de celui de la kératose spinulosique, qui guérit seule, sans séquelle et sans altération cliniquement décelable de la peau.

Cependant il faut signaler que dans les formes limitées, le diagnostic peut hésiter un instant, lorsque certains éléments prennent une rudesse cornée et ébauchent même une minuscule spicule. Les modifications locales de la peau et l'évolution suffisent à lever tous les doutes.

PITYRIASIS RUBRAPILAIRE.

Le pityriasis rubrapilaire ne peut se confondre avec la kératose spinulosique que dans les formes très localisées ou à son début. Il s'agit d'un cône folliculaire à base assez large, de consistance ferme ou dure, accompagné de réactions épidermiques importantes (squames parfois psoriasiformes). Ces cônes sont groupés et par leur couleur rose ou rouge, donnent au territoire malade cet aspect et cette sensation si caractéristique. L'éruption frappe tous les territoires cutanés, surtout les faces dorsales des doigts et des mains, les bras, les jambes et la face ; l'abdomen et le tronc peuvent être atteints dans les formes étendues. Il existe des lésions unguéales et du cuir chevelu.

L'évolution est très longue.

L'ACNÉ CORNÉE.

Sous ce nom, on a rangé de multiples lésions folliculaires que l'imprécision du terme permettait de réunir sous un même vocable.

Qu'entend-on en effet par acné cornée ?

Thibierge, en 1900, écrivait déjà : « La dénomination d'acné cornée a été appliquée à des types cliniques très

différents ayant pour unique caractère commun la présence, dans les orifices glandulaires de la peau, de productions acuminées et de consistance cornée...

» Dans les descriptions données par les auteurs (Français surtout) on reconnaît au moins deux types ».

Dans le premier, il existe des « saillies cornées, jaunâtres, grises ou noirâtres, de consistance ferme... » qui donnent au toucher une sensation de râpe. La peau a une coloration normale ; elle est généralement sèche et comme poussiéreuse et parfois grasse. « Si l'on exerce une pression à la base de ces saillies on les voit s'élever davantage au-dessus du niveau de la peau, et s'énucléer comme les comédons de l'acné ponctuée, mais leur adhérence d'une part, et d'autre part leur friabilité qui les fait s'écraser assez facilement sous la pression du doigt ne permettent généralement pas d'extraire en totalité ces productions. Après leur ablation, l'orifice folliculaire par lequel elles émergeaient restent béants jusqu'à ce qu'une nouvelle production cornée se soit développée... » Ces lésions sont disséminées ou groupées... Elles ne déterminent aucun trouble fonctionnel. Elles se voient au visage, principalement au nez, mais aussi sur le tronc ou les membres (fesses) et sur la face postérieure du cou. Leur évolution est essentiellement chronique. Histologiquement, folliculite pileaire avec hyperkératose et parakératose, avec acanthose et peu ou pas de lésions dermiques.

Dans le deuxième, décrit par Tenneson et Leredde sous le nom d'acné kératosique, les éléments sont représentés par des saillies dures occupant manifestement les orifices folliculaires, s'énucléant assez facilement par la pression. La peau est normale, il n'y a pas de troubles fonctionnels. La lésion est faite d'hyperkératose orificielle avec infiltration cellulaire modérée autour des vaisseaux. Thibierge dénommerait volontiers cette lésion « acné cornée exanthématique ».

On voit, d'après cette description, que les contours clinique et histologique de cette acné cornée sont flous.

Du reste, à l'étranger, la description des auteurs français a soulevé de très graves critiques. Pour ne pas allonger démesurément ces pages, nous nous bornerons à résumer, d'après Brocq, les travaux d'Adamson qui, en Angleterre, a fait l'étude critique de cette acné cornée.

Adamson montre qu'en Angleterre on décrit sous le nom de lichen spinulosus une affection qui correspond exactement à la description donnée par les auteurs français. C'est à Radcliffe Croker et à Calcott Fox qu'on doit les premières observations. Depuis, s'est établie une extrême confusion, et si en Angleterre le terme de lichen pilaris seu spinulosus s'applique à un groupe bien déterminé de lésions folliculaires, l'acné cornée englobe des faits très disparates et les synonymies variées n'ont guère contribué à éclairer ce difficile problème.

Aussi Adamson ferait rentrer dans le lichen spinulosus l'acné cornée de Hardy, l'acné cornée de Vidal et Leloir, l'angio-folliculite kératosique simple de Besnier, l'acné cornée en aires d'Hallopeau, le cas de Barbe et la Kératose pilaire engainante d'Audry.

Ce dernier d'ailleurs, dans la thèse de son élève Salinier, reprend ensuite la question et admet la conception et presque le mot d'Adamson. Il parle de kératose spinulosique. Cette dénomination est restée.

Pour finir, nous traiterons rapidement de *keratosis follicularis contagiosa* de Brooke (1892). On retrouve, là aussi, les comédons cornés, les spicules, mais en plus il existe : des papules inflammatoires tantôt assez analogues à des éléments d'acné, tantôt ressemblant à des verrues minuscules. Les papules et la peau périphérique finissent par prendre une pigmentation d'un jaune brunâtre, de telle sorte que les plaques éruptives ont un aspect sale. L'éruption siège au front, aux lèvres, aux joues, au pli postérieur des aisselles, aux épaules, aux surfaces de flexion, mais

surtout aux surfaces d'extension des membres et du tronc. Adamson ne peut classer ces cas : les uns répondraient à la dyskératose de Darier, les autres au lichen spinulosus. Moncorps écrit que : « Sous ce nom — *keratosis follicularis contagiosa* — on a rangé plusieurs dermatoses qui sont des formes d'autres maladies (maladie de Darier) et d'autres qui n'ont pas le moindre rapport avec les diverses kératoses folliculaires. Il les rapprocherait des cas de Siemens (*Keratosis follicularis acneiformis*), la contagiosité paraissant douteuse et les engloberait, provisoirement, sous le nom de « *Keratosis multiformis* ».

ETIO-PATHOGENIE

L'étiologie et la pathogénie de la kératose spinulosique sont encore très confuses. De nombreuses théories ont été successivement défendues, mais aucune ne semble suffisamment probante.

La kératose spinulosique apparaît dans l'enfance. Inconnue chez le nourrisson, c'est surtout dans la deuxième enfance, entre 5 et 14 ans, que l'on peut l'observer. De nos malades, le plus jeune avait 6 ans, le plus âgé 13 ans. Les 14 cas rapportés par Peyri-Rocamora sont relatifs à des enfants de 7 à 14 ans, et si nous consultons la statistique générale, nous trouvons :

de 2 à 5 ans	3 cas, soit 5 %
de 5 à 7 ans	9 cas, soit 16 %
de 7 à 13 ans	29 cas, soit 50 %
de 13 à 16 ans	4 cas, soit 7 %
de 16 à 20 ans	4 cas, soit 7 %
au-dessus de 20 ans.....	4 cas, soit 7 %

Cette dermatose est donc peu fréquente chez l'adolescent (14 %), exceptionnelle chez l'adulte (7 %).

Le sexe joue-t-il un rôle dans l'étiologie ? Nous ne le pensons pas, mais il faut cependant remarquer que la kératose spinulosique est bien plus fréquente chez les garçons (85 %) que chez les filles.

Quant à la race, elle n'a certainement aucune influence : nous avons rencontré cette affection chez des Arabes, chez

des israélites ; d'autres l'ont observée chez des Anglo-Saxons et des Latins.

Un facteur semble assez important : l'hérédité. Celle-ci ne peut pas être niée : cinq observations de kératose spinulosique rapportent des cas où l'affection est familiale. Pour notre part, nous n'avons pu trouver, dans les antécédents de nos malades, cette hérédité. Peyri-Rocamora a fait ses observations dans un asile où les enfants sont de parents le plus souvent inconnus, et par conséquent il ne peut nous apporter aucun renseignement à ce sujet. Mais, Barbe, Martinotti, Verner, Cavalucci et tout dernièrement Perpignano ont rapporté des observations de kératose spinulosique à caractère familial.

Les auteurs qui ont étudié l'étiopathogénie de la kératose spinulosique admettent à l'origine de cette dermatose soit des troubles de fonctionnement de certains organes, soit un processus infectieux, soit une intoxication médicamenteuse, soit enfin une toxi-infection tuberculeuse.

1^o TROUBLES ENDOCRINIENS.

Pisacane a rencontré cette dermatose chez un individu présentant un dysfonctionnement des glandes génitales : Mazzanti chez un hypophysaire, Jona dans des troubles thyroïdiens.

Il faut rapprocher de ces cas celui d'Adigesalov relatif à un malade atteint de troubles thyroïdiens et hypophysaires, avec adiposité, œdème, apathie et modifications de la selle turcique.

De même, Piccardi observe une kératose spinulosique dans un cas de gigantisme avec déficience intellectuelle, l'enfant — car il s'agissait d'un enfant de 8 ans — présentant d'autre part un cou proconsulaire, dû, écrit l'auteur, « au développement exagéré des lobes thyroïdiens ».

Existe-t-il une relation causale entre le dysfonctionnement endocrinien et la kératose spinulosique ? Pisacane, Mazzanti, Jona le soutiennent.

Chez nos malades, nous n'avons aucun signe de déséquilibre hormonal. D'autre part, il faut remarquer que sur 57 cas publiés jusqu'ici, 3 seulement relèveraient d'une telle étiologie. Nous pensons donc qu'il est plus raisonnable de considérer comme une simple coïncidence les troubles observés par les trois auteurs italiens, et partant, de rejeter l'origine endocrinienne de la kératose spinulosique.

2° PROCESSUS INFECTIEUX.

La théorie de l'origine infectieuse de la kératose spinulosique a été défendue par Peyri-Rocamora. Cet auteur avait observé, nous le savons, dans un asile d'enfants, 14 cas de kératose spinulosique apparus brusquement et simultanément.

L'ensemencement des écailles et épines cornées sur agar-glucosé et agar-bouillon donna naissance « à de nombreuses petites colonies grisâtres, qui, repiquées, permirent d'obtenir une culture pure d'un coccus de couleur grise, de petite dimension, sans groupement défini ».

Peyri-Rocamora se demande d'ailleurs si ce coccus est une variété du staphylocoque doré, s'il ne doit pas être plutôt assimilé au coccus gris de Sabourand, ou s'il ne représente pas simplement l'hôte habituel de la peau, le staphylococcus communæ.

Cependant, malgré ses doutes, l'auteur semble assigner à ce coccus gris un rôle primordial dans l'étiologie de la kératose spinulosique, à laquelle il donne le nom de kératose folliculaire contagieuse et épidémique.

Le coccus trouvé par Peyri-Rocamora paraît bien être plutôt un saprophyte banal de la peau. Rocamora lui-même défend avec timidité son action pathogène.

Certes, les traumatismes interviennent dans la dissémination des microbes pathogènes de la peau et dans leurs localisations, comme le prouve la fréquence des furoncles à la nuque ou aux endroits soumis aux frottements. Mais il s'agit alors d'un germe virulent. Peut-on considérer le coccus gris comme virulent ?

De même, l'argument de l'épidémicité soulève des objections identiques. La vie commune des malades de Peyri-Rocamora peut expliquer, comme le signale Darier, l'apparition simultanée des lésions cutanées, sans que l'on puisse cependant affirmer la contagion.

D'autre part, de nombreux faits plaident contre l'origine infectieuse de la kératose spinulose.

a) Le manque absolu de germe dans les lésions cutanées. Aucun microbe ou parasite n'a été signalé, ni dans les amas cornés, ni dans les follicules, ni dans les couches épidémiques ou dermiques juxta-folliculaires. Nos recherches sur ce point sont restées négatives.

b) L'absence d'un processus inflammatoire folliculaire ou périfolliculaire : pas d'infiltration leucocytaire, pas de réaction œdémateuse des cellules, à plus forte raison de micro-abcès. Nous avons trouvé simplement, en concordance étroite avec les examens histologiques antérieurs, une légère péri-vascularite.

Notons que Peyri-Rocamora lui-même écrit : « Dans aucune des coupes pratiquées sur divers malades et en différents endroits et en série, nous n'avons pu voir dans les préparations aucune forme bactériologique, aucun coccus isolé ou groupé, aucun afflux leucocytaire qui démontre une réaction défensive anti-bactérienne », et plus loin : « les lésions histologiques ne paraissent guère démontrer la nature parasitaire (de l'affection), mais malgré tout, ne l'excluent pas ».

c) La fréquence du staphylocoque au niveau de la peau; elle est trop connue pour que nous y insistions ; tout récemment encore, dans un travail sur les streptococcies

cutanées à type de parakératoses pytriasiformes ou psoriasiformes. Lortat-Jacob, sur 21 ensemencements de squames cutanées, trouve 21 fois du staphylocoque.

d) Les résultats négatifs des recherches bactériologiques de Ferrari, de Botelli, de Cavallucci, non seulement recherches directes, mais encore ensemencement sur milieu de Sabouraud et milieux usuels.

e) Enfin, dans nos observations, rien qui nous induise à songer à une infection microbienne. Cependant, le milieu de nos malades est littéralement infesté par la fréquence, l'abondance, la variété et la gravité des pyodermites, qu'entretiennent la misère physiologique, la promiscuité et l'absence d'hygiène, même élémentaire. Chez aucun de nos petits malades nous n'avons rencontré d'infection cutanée ni un seul cas de contagion familiale.

3° INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE.

Cas de Lévi (1928). — Lévi rapporte le cas d'un malade qui, à la suite d'un traitement arsénobenzolique, présente un érythème toxique, bientôt suivi d'une kératose spinulosique.

Pour l'auteur, il s'agit bien d'une kératose spinulosique et non d'un lichen arsénobenzolique avec spinulosisme. En effet, on ne trouve pas d'éléments de lichen, aucun trouble subjectif ne peut être noté, l'histologie est celle de la kératose spinulosique, enfin l'affection cède rapidement à un traitement cadique.

Cette kératose spinulosique apparaissant à la suite d'un érythème toxique relève du même facteur étiologique : l'intoxication salvarsanique.

Lévi pense qu'elle a pu produire l'altération folliculaire, celle-ci provoquant secondairement des lésions dermiques.

Comment l'intoxication agit-elle sur l'appareil pilo-sébacé : directement, par l'intermédiaire du système ner-

veux ou du système endocrinien ? L'auteur déclare qu'il est impossible de le dire.

Quelle est la raison profonde de la fixation de l'action toxique sur l'appareil pilo-sébacé ? Lévi pense qu'il faut voir dans ce fait une prédisposition folliculaire.

En résumé, la kératose spinulosique représenterait un mode spécial de réaction de la peau à des facteurs toxiques ou infectieux de nature variable, dont l'action se concentrerait sur un appareil pilo-sébacé prédisposé.

Cas de Ferrari (1929). — Dix-sept jours après un traitement de teigne faveuse par l'acétate de thallium, apparition chez l'enfant d'une kératose spinulosique avec coexistence d'un érythème maculeux accompagné d'un prurit intense.

L'état général reste bon. La recherche du parasite dans la papule et l'ensemencement sur milieu de Sabouraud restent négatifs. Rien dans les antécédents, en particulier du côté tuberculeux.

La relation causale ne peut être niée : érythème et kératose spinulosique sont d'origine toxique.

Or, on sait que l'action de l'acétate de thallium s'explique soit par une lésion endocrino-sympathique, soit par une action locale.

a) *Dysfonction endocrino-sympathique.*

A cette explication se rallient Buschke et ses élèves. L'ingestion de thallium provoque toute une série de troubles endocriniens, en particulier dans la sphère thyroïde-parathyroïde, troubles profonds, pouvant aller parfois jusqu'à un arrêt de développement. Les liens entre le système sympathique et le système endocrinien sont trop connus pour y insister. Aussi, la lésion toxique de la thyroïde-parathyroïde amènerait l'intervention du sympathique qui com-

mande la nutrition des cheveux et de la partie externe des sourcils, d'où épilation du cuir chevelu et de la queue des sourcils avec intégrité de la portion interne de ceux-ci qui sont sous la dépendance des nerfs craniens.

b) *Action locale.*

Pour d'autres, les auteurs italiens en particulier, l'acétate de thallium produirait la chute de cheveux par une intoxication locale du follicule. C'est par cette altération folliculaire que Ferrari explique l'érythème, puis la kératose de son malade.

Nous rapprocherons de ces deux cas l'observation rapportée en 1933 par P. Blum et P. Durel : un tuberculeux pulmonaire, à la suite de doses relativement faibles de chrysalbine (0 gr. 60 au total en 6 injections) avait présenté, outre une stomatite ulcéro-membraneuse, un lichen corné et un lichen plan intriqués ; le lichen corné s'était secondairement transformé en lichen spinulosus.

Dans tous ces cas, et en particulier ceux de Ferrari et de Lévi, où la kératose spinulosique apparaît, soit précédée, soit accompagnée d'un érythème toxique, l'intoxication ne peut être niée, mais nous ne pensons pas cependant qu'on puisse parler de kératose spinulosique, au sens que nous donnons à ce terme. Ce sont plutôt là des exemples probants du syndrome spinulosisme qui suit de nombreuses affections microbiennes (spinulosisme syphilitique), toxique (arsénobenzol, or, acétate de thallium) indéterminée (lichen plan spinulosique).

4° *Origine tuberculeuse.*

L'origine tuberculeuse de la kératose spinulosique a été admise par Cavallucci et Perpignano sans que cependant

ces auteurs fassent de la tuberculose le facteur causal unique de cette dermatose.

Cavalluci rapporte trois cas observés chez des enfants à antécédents tuberculeux particulièrement charges.

Les deux premières observations concernent le frère et la sœur. Dans les antécédents héréditaires, relevons pleurite ancienne et bronchite chronique chez la grand-mère maternelle, trois accidents pulmonaires aigus et un catarrhe chronique chez la mère, par ailleurs de constitution faible. Un oncle des malades, aîné de leur mère, est mort de péritonite tuberculeuse. Enfin, leurs frères et sœurs ont marché avec un retard important ; leur dentition est apparue tardivement ; l'un est mort de bronchite capillaire. Quant aux jeunes malades eux-mêmes, ils sont de constitution faible, la fillette a présenté une pleurite sèche et a souvent du catarrhe respiratoire.

Les cuti-réactions sont fortement positives. L'examen radioscopique, outre une adénopathie hilare en partie calcifiée, montre une nette opacité des sommets.

Pour le troisième cas, une fillette de 10 ans, rien à signaler dans les antécédents des parents, si ce n'est une cuti-réaction plus ou moins positive, et 3 enfants morts en bas-âge d'affection aiguë de l'appareil respiratoire.

La malade est faible de constitution, lymphatique, d'un développement physique au-dessous de la normale. La cuti-réaction est très fortement positive.

Considérant ces trois malades, notant d'autre part la fréquence relative de la kératose spinulosique chez des sujets à antécédents tuberculeux ou scrofuleux, Cavallucci, sans pouvoir affirmer l'action directe du bacille de Koch, pense cependant que la kératose spinulosique se développe sur un terrain tuberculeux ; elle constituerait une réaction particulière de la peau, caractérisant un obscur dysfonctionnement de l'appareil pilo-sébacé, dysfonctionnement pouvant être provoqué par de nombreux facteurs, toxiques ou infectieux, mais fréquemment identifiables à une infection tuberculeuse manifeste ou latente.

Perpignano a observé une kératose spinulosique affectant trois membres d'une même famille ; le père et ses deux enfants.

Le père, âgé de 29 ans, a présenté une broncho-pneumonie à 19 ans; il fut réformé pour faiblesse de constitution. La mère était morte à 41 ans de tuberculose pulmonaire.

Cliniquement : diminution du murmure vésiculaire du lobe supérieur droit. La radiographie montre un voile du champ pulmonaire droit avec rétraction apicale; cuti-réaction positive.

Les enfants sont pâles, de constitution faible. L'un d'eux a présenté une pleurite gauche ; micropolyadénopathie. Radiographiquement : opacité diffuse et adénopathie trachéo-bronchique. Cuti-réaction positive.

Aussi, Perpignano considère la kératose spinulosique comme une expression pathologique, dont la cause principale, pour n'être pas précisée, pourrait résider dans une prédisposition de la peau elle-même à réagir à des causes variées. Dans les cas qu'il présente, les produits d'élaboration du bacille de Koch entraîneraient le développement de cette dermatose chez des malades à imprégnation tuberculeuse latente.

Ajoutons aux cas de Perpignano et de Cavallucci les observations de Fox, d'Adamson, de Bottelli.

Chez nos malades, nous n'avons pas trouvé d'antécédents tuberculeux avérés. Cependant, cinq sur six sont de constitution faible. L'un présente une tendance héréditaire à s'enrhumer facilement ; on note chez lui une érythro-cyanose des extrémités et des hiles chargés. Trois autres ont des signes pulmonaires discrets et des adénopathies. Nous sommes donc autorisés à parler de sujets pré-tuberculeux.

CONCLUSIONS SUR L'ÉTIO-PATHOGÉNIE.

Si le rôle de la tuberculose semble hors de doute dans la kératose spinulosique, par quels processus entraîne-t-elle le développement de cette dermatose.

Parler d'obscur dysfonctionnement de l'appareil pilosébacé (Cavallucci), de prédisposition de la peau à réagir aux produits d'élaboration du bacille de Koch (Perpignano) ne nous satisfait pas pleinement.

Le bacille de Koch agit-il sous sa forme microbienne, ou bien par ses toxines ?

Le bacille tuberculeux n'agit pas sous sa forme commune de bacille de Koch : nous avons suffisamment insisté sur l'absence de tout germe au niveau des lésions.

Le bacille de Koch agirait par ses toxines, comme Perpignano en a émis l'hypothèse. Mais ces toxines agissent-elles sur une peau sensibilisée à leur action, sur une peau allergisée par une infection antérieure soit cliniquement décelable, soit latente ?

Une semblable pathogénie a été défendue et démontrée par Pautrier pour certains cas de lichen scrofulosorum, par Bruno Bloch pour les trichophytides.

La toxine tuberculeuse provenant d'un foyer latent ou avéré, arriverait donc à la peau par voie hématogène et provoquerait au niveau de cette peau allergisée dans certains cas l'apparition d'un lichen scrofulosorum, dans d'autres cas le développement d'une kératose spinulose.

Si le mécanisme intime du processus nous échappe encore, l'action toxique du bacille de Koch reste cependant très vraisemblable. Nous retrouvons ainsi la théorie défendue par Lévi et Ferrari.

Il nous reste à démontrer qu'un agent toxique est capable de produire des lésions folliculaires au niveau de la peau.

Les travaux expérimentaux de Schmidt et de Fisher sont fort suggestifs à cet égard.

Schmidt a remarqué que des animaux ayant ingéré du Soudan III ou du rouge carmin, excrétaient ces matières colorantes par les glandes cutanées. Ce passage entraînait une prolifération de l'épithélium du follicule, de la glande sébacée et de l'épiderme, prolifération associée, tantôt à

une augmentation de la kératinisation cellulaire, tantôt à une infiltration inflammatoire des tissus voisins.

Les résultats obtenus par Fisher sont plus démonstratifs. L'auteur injecte à des animaux par voie sous-cutanée, du caltrame. Non seulement il peut confirmer les observations de Schmidt, mais il apporte des notions nouvelles du plus haut intérêt. Chez les animaux en expérience, il remarque la production, au niveau des orifices folliculaires, d'une squame cornée ou d'une papule, et la chute des poils. L'examen histologique des lésions montre : la prolifération de l'épithélium folliculaire et de la glande sébacée, la dilatation et le comblement du follicule par une masse cornée, l'anomalie de kératinisation de l'épithélium voisin du bulbe pileux, enfin une inflammation péri-vasculaire. Fisher rappelle en outre que l'introduction par voie parentérale d'iode, de brome, d'acide salicylique, d'antipyrine, provoque les mêmes lésions folliculaires.

On ne peut donc nier que certaines substances, introduites dans l'organisme, vont provoquer au niveau de la peau, par voie hémato-gène, des lésions folliculaires identiques à celles de la kératose spinulosique.

Un dernier point est à élucider : pour quelles raisons l'action toxique se concentre-t-elle au niveau des follicules pilo-sébacés ? Faut-il voir là une prédisposition folliculaire comme le supposent Lévi et Ferrari ? Nous ne le pensons pas. Il est plus logique d'admettre que l'agent toxique est plus largement réparti en follicule pileux en raison de sa vascularisation exceptionnellement développée.

Comme on le voit, nous en sommes réduits à des hypothèses. La kératose spinulosique, telle que nous avons essayé de la définir, semble répondre à une intoxication, où le bacille de Koch joue un rôle grâce à ses toxines. Les preuves péremptoires manquent encore.

TRAITEMENT

La Kératose spinulosique, maladie bénigne, n'a guère incité à des thérapeutiques violentes ou compliquées.

La plupart des auteurs, quelle que soit l'étiologie à laquelle ils rattachent l'affection, préconisent les bains, surtout chauds et alcalins, et l'usage d'une pommade salicylée ou cadique.

Peyri-Rocamora, qui défend l'origine infectieuse de la kératose spinulosique, emploie avec succès l'eau d'Alibour et les badigeonnages iodo-iodurés, suivis de l'application d'une pommade à l'acide salicylique.

Pour notre part, nous avons utilisé la pommade ichtyolée : chez un de nos petits malades (obs. III), nette amélioration en trois mois; deux autres constatent la disparition momentanée de l'éruption qui reparait rapidement, avec les mêmes localisations, après la cessation du traitement. Quant aux trois derniers, ils ne revinrent pas à la consultation, et il nous fut impossible de connaître le résultat de notre thérapeutique.

Il est d'ailleurs difficile de juger de l'efficacité des divers topiques employés, la maladie évoluant spontanément vers la guérison en quelques semaines ou quelques mois.

CONCLUSIONS

I. L'affection à l'étude de laquelle nous venons d'apporter notre modeste contribution s'individualise cliniquement par :

Sa fréquence dans la deuxième enfance ;

Son apparition brusque ;

L'aspect de ses éléments : petites papules acuminées siégeant à l'orifice des follicules pileux, surmontées pour la plupart d'une épine cornée, donnant au toucher la sensation de râpe.

Sa distribution en petits placards ou en nappes étendues.

Son siège d'élection sur les faces postéro-latérales des membres et du cou.

Son évolution rapide, sans phénomène subjectif, vers une disparition complète.

II. Anatomiquement, ses caractères sont tout aussi nettement tranchés :

Hyperkératose de l'orifice pilo-sébacé entraînant la formation d'un bouchon corné qui engaine le poil et dilate le follicule.

Infiltration péri-vasculaire et péri-folliculaire d'éléments lymphocytaires.

III. Le diagnostic différentiel doit se faire avec :

Le spinulosisme, simple réaction folliculaire au cours d'une maladie générale ;

La kératose pilaire ;

Le pityriasis rubra pilaris ;

L'acné corné.

IV. L'étiopathogénie reste encore très discutée; cette curieuse affection semble cependant répondre à une intoxi-

cation où le bacille de Koch jouerait, peut-être, un rôle primordial.

V. Malgré cette ignorance d'une étiologie précise, nous pensons que la dermatose décrite pour la première fois en 1883 par Crocker et Fox doit être séparée du groupe des folliculoses non encore individualisées et prendre dans la nosologie clinique, sa place d'entité morbide bien définie, sous le terme si concis et si clair de kératose spinulosique.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pour le Doyen,
L'Assesseur
LABAT

Vu, bon à imprimer :
Le Président
MANDOUL

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 26 juin 1939
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- Adamson (H. G.).** — « Lichen pilaris seu spinulosus », *British Journal of Derm.*, 1905.
- Audry.** — « Kératose pilaire engainante », *Journal des maladies cutanées*, 1904.
- Barbe.** — « Kératose folliculaire (type de Brooke) », *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1901, page 535.
- Barber.** — « Un cas de lichen spinulosus », *Proc. of the Royal Society of med.*, 1926.
- Beck.** — *Derm. Wochensch.*, n° 48, Band 55, 30 nov. 1912.
- Bennet (F. A.).** — « Un cas de lichen spinulosus », *Australian Medical gazette*, 1902, page 615.
- Bizzozero.** — « Sur un cas de lichen plan compliqué de spinulisme », *Annales de Derm. et Syph.*, 1910, page 84.
- Bloch.** — *Annales de Derm. et Syph.*, 1921, page 1.
- Blum (P.) et Durel (P.).** — « Lichen spinulosus post-aurique », *Bull. Société de dermatologie*, 1933, page 267.
- Botelli.** — « Kératose folliculaire spinulosique avec localisation spéciale au visage », *Giornale italiane delle malattie veneree e della pelle*, 1910, page 33 ; *Giornale italiane delle malattie veneree e della pelle*, 1912.
- Bowen.** — « Un cas de lichen spinulosus », *Journal of cutaneous diseases*, 1906, page 416.
- Buquicchio.** — *Giornale italiani di derm.*, 1926, page 371.
- Calcott-Fox.** — « Lichen scrofulosus (spinulosus), SC. », *Lichen simplex*, *Derm Society of London*, 1883, *Lichen pilaris de Crocker*, *British Journal of dermatology*, 1905, pages 90 et 152.

- Cavallucci.** — « Sur trois cas de kératose spinulosique, dont deux à caractère familial », *Giornale italiano di dermat. e sifil.*, 1929, page 1324.
- Comel.** — « Contribution à la clinique de l'avitaminose A. Dyskératose spinulosique malanotique », *Giornale Ital. di dermat. e sifil.*, avril 1938.
- Cottini.** — « L'état actuel du problème de la kératose folliculaire et du spinulosisme », *Riforma med.*, septembre 1936.
- Crocker (R.).** — « Lichen pilaris (spinulosus) », *Dermatological society of London*, 1883, *Derm. Soc. of London*, 1884 ; *British Journal of Dermatology*, 1885.
- Du Castel et Baudoin.** — « Kératose folliculaire villeuse », *Annales de dermat. et syph.*, 1901, page 422.
- Eller et Prospeloff.** — « Pathogénie du lichen spinulosus », *Arch. f. dermat. et syph.*, 1927, page 217.
- Ewans.** — « Pityriasis pilaris », *Derm. Soc. of London*, 1905.
- Ferrari.** — « Sur un cas de kératose spinulosique consécutive à un traitement par l'acétate de thallium », *Giornale italiano di dermat.*, 1929, page 100.
- Freund.** — *Giornale ital. di dermat.*, 1923.
- Fisher.** — *Derm. Woch.*, Band 82, n° 24, page 805.
- Galewsky.** — « Kératosis spinulosa cum trichostasi », *Arch. f. dermat. et syph.*, 1922.
- Gaucher.** — *Traité des maladies de la peau*, tome II, 1898.
- Giovannini.** — « Aspect histologique d'un cas d'acné cornée », *Gazette médicale de Turin*, 1889, page 41.
- Guibaut.** — *Maladies de la peau*, 1879, page 662.
- Halberstaendter.** — « Une forme de kératose folliculaire », *Arch. f. dermat. und syph.*, 1903.
- Hallopeau.** — « Acné cornée en aires », *Ann. de dermatologie et syphil.*, 1895, page 1141.
- Hallopeau et Jeanselme.** — « Acné cornée », *Annales de dermat. et syph.*, 1895, page 306.
- Hardy.** — « Acné cornée », *Leçons sur les maladies de la peau*, 1859, page 105 ; 1863, page 108.

- Hartigan.** — « Lichen spinulosus », *British Journal derm*, 1905, page 228.
- Jeanselme et Burnier.** — « Lichen spinulosus et lichen plan », *Bull. Soc. Franc. de derm. et syph.*, 1925, page 211.
- Jona.** — *Il dermosifilographo*, 1935.
- Legg (W.).** — « Lichen scrofulosorum et lichen spinulosus », *Derm. Society of London*, 1884.
- « Kératose pilaire spinulosique », *Derm. Society of London*, 1885.
- Leloir et Vidal.** — *Traité descriptif des maladies de la peau*, 1889, 1^{er} Livre, page 7.
- Lévi.** — « Contribution à l'étude de la pathogénie de la kératose spinulosique », *Giornale italiano di derm.*, 1928, page 1030.
- Lewandowsky.** — « Lichen spinulosus », *Arch. f. derm. and syph.*, 1905.
- Lortat-Jacob et Legrain.** — « Lichen spinulosus consécutif à un lichen plan », *Bull. Soc. Franc. de derm.*, 1927, page 692.
- Lortat-Jacob (E.).** — *Parakératoses et streptococcies cutanées. Rôle du germe et de la sensibilisation*, thèse Paris, 1933.
- Mackey (T.).** — « Lichen pilaris spinulosus », *British Journal of derm*, 1896, page 326 ; *Dermatology Society of London*, 1906.
- Mazzanti.** — *Il dermosyphilographo*, 1928.
- Morris.** — *Lichen pilar's*, C. S., 1886.
- Nicolas et Gate.** — « Unicité ou dualité du lichen plan et du lichen corné. Spinulosisme », *Annales de derm. et syph.*, 1923.
- Pautrier.** — « Certains territoires cutanés possèdent-ils une capacité réactionnelle allergique particulière », *Presse médicale*, 27 avril 1932.
- Payne.** — « Lichen (kératose) spinulosique », *Derm Society of London*, 1885.
- Perpignano.** — « Kératose spinulosique à caractère familial », *Il dermosifilografo*, juillet 1938.

- Perry.** — *Un cas de lichen spinulosus* (Lichen pilaris spinulosus), C. S., 1894.
- « Un cas de lichen spinulosus », *British Journal of Derm.*, 1896, page 98.
- « Un cas de lichen spinulosus », *Derm Soc'ety of London*, 1906.
- Piccardi.** — « Kératose spinulosique (lichen pilaris seu spinulosus) », *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1907, page 303.
- Pisacane.** — « Contributo allo studio della cheratosi spinulosa », *Archivio italiano di Derm e sif.*, nov. 1931.
- Pringle.** — *Lichen spinulosus*, C. S., 1900.
- *Derm. Soc. of London*, 1902.
- *British Journal of Derm.*, 1902, pages 96 et 168.
- Peyri-Rocamora.** — « Considérations étiologiques et histologiques à propos d'une épidémie de kératose folliculaire », *Annales de Derm. et Syph.*, 1922, page 209.
- Rash.** — *British Journal of Derm.*, 1916.
- Salinier.** — *Kératose spinulosique* (lichen pilaris seu spinulosus de Crocker), thèse Toulouse, 1906.
- Sprinzels.** — *Wien Derm. Ges.*, 1912.
- Tenneson et Leredde.** — « De l'acné kératique », *Annales de Derm. et Syph.*, 1895, page 295.
- Unna.** — *Die histologie der Hautkrankheiten*, 1894.
- West.** — *Lichen pilaris spinulosus*, C. S., 1894.
- Vignolo-Lutati.** — « Sopre un caso di cosiddetto (lichen spinulosus), *Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle*, 1911.
- « Hyperkeratosis punctate spinulosa e striata cuniculiformis », *Giornale italiano delle mal. veneree e della pelle*, 1913.
-

Imp. BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1939
